

# 災後創痛的復原長路： 大型災難初中期介入的基本原則與作法

08/21/2009

蘇逸人、游勝翔、周嘉琪

千禧之始不過數年，全球已連年遭逢傷亡慘重的巨災，2004 年的南亞海嘯、2008 年的四川大震及緬甸洪災中，已有近 40 萬人在災害中喪生。在我們的土地上，1999 年 921 集集大震重創中台灣的創痛仍未遠離，適逢 921 十週年前夕，莫拉克颱風卻釀成南台灣與東台灣的浩劫，至今，已有數以百計的寶貴生命驟逝，受創的失親者與受災民眾更難以計數。此刻，面對這看似迢迢的復原之途，台灣心理衛生工作者該如何思索，如何動作？而我們習以汲取知識養分的歐美學界，面對這漸呈全球常態的天災人禍，又如何思索？

2007 年，鑑於災害與恐怖攻擊經年不斷的氛圍，歐美各國的災難創傷專家籌組共識會議，探討大型災害與創傷後的主要介入原則（Hobfoll et al., 2007）。在此會議中，與會專家最終歸納出五項具有實徵基礎的介入原則，並且提供了公衛與個別/團體層級上的實際作法。這些原則包括：

- 一、**促進安全感 (safety)**：促進安全感可以減輕創傷壓力反應的生理層面，並且能改善妨礙復原的認知歷程，例如世界是全然危險的信念，以及對未來風險的悲慘化/災難化態度。
- 二、**促進平靜穩定 (calming)**：促進平靜穩定，能夠減輕可能蔓延至許多場合的創傷焦慮，並且能減輕強烈的激發、麻木或情緒波動，這些反應會干擾睡眠、飲食、決策、與生活事務表現。倘若反應持續，會導致恐慌、解離、創傷後壓力症候群（PTSD）、憂鬱、焦慮與身體問題。
- 三、**提升自我與集體效能感 (personal- & collective efficacy)**：提升自我與集體效能感，以改善個人管理困擾事件能力的信念，此目標主要透過對想法、情緒、與行為的自我管理達成。
- 四、**促進聯繫 (connectedness)**：創傷後社會支持已證實是極重要的 PTSD 風險因子（Ozer et al., 2003）。社會支持與大型創傷後的情緒福祉與復原有關。促進社會聯繫，有助於個人獲取災難應變資訊，並且提供獲取實際問題解決、情緒瞭解接納、分享創傷經驗、正常化反應與經驗、因應的互相教導等支持層面之機會。
- 五、**灌注希望 (Instilling hope)**：灌注希望是災後介入的關鍵成分，因為災後顯現正向結果者，通常是維持樂觀、正向期待、可預期生活與自我的信心、與其他希望性信念的人（Watson, 2008）。

本質上，這些原則具有堅實的理論與田野實作基礎，某程度上可作為政府機關、民間組織、媒體、心衛專業人員提供介入的參考架構。實際上，美國兒童創傷壓力網絡與國家 PTSD 中心基於上述原則，徵詢災難專業的意見與持續田野試驗後，發展了一套系統性的「心理急救」系統與實務手冊（NCTSN & NCPTSD, 2006）。在 NCTSN 授權下，此本手冊的初版與二版由台大心理系陳淑惠博士的團隊翻譯完成（陳淑惠等人，2006, 2007）。莫拉克風災發生至今，不少專業組織與人員已索取與嘗試運用此手冊。

根據 2007 會議的共識，災後心理衛生介入應兼顧不同層級與單位，例如政府的資源補給與救濟措施、安置場所規劃、媒體報導的態度等，均是受災民眾身心能否復原的關鍵。在 Hobfoll 等人（2007）針對各項原則列出的實際作法（見下頁）中，可瞥見國外專家對於公衛層級心理衛生介入的重視。據此，在災難初期，除了心理衛生專業人員慣用的個別/團體介入形式，心理衛生機關與組織宜對政府與救災組織提供諮詢建言，透過行政與公衛的積極性措施，營造有助受災民眾與社區復原的環境（例如資源供給、暫時安置所的規劃）。這些措施，應有助於減輕受災者出現身心困難的比例。

必須提醒的是，災後心理衛生介入應兼顧在地文化與既有療癒體系的角色。災難是人類生命經驗的必然，因此，各個文化傳統即已內蘊對創傷的療癒與回應之道。災難後，個人需對自身遭遇重新詮釋與賦予意義，此時，文化形塑的信念常影響個人如何解釋與尋求療癒。歐美的創傷學者也未忽視文化的角色，在前述的介入原則：「提升自我與集體效能感」中，有關的公衛措施便包含「與在地療癒者合作」，團體/個別措施亦有「需根據區域的社會文化生態轉變介入方式」（見 p.7）。再者，心理急救手冊第二章「給予心理急救的準備」，也諄諄提點介入者需對文化與差異性保持敏感，而「...維持或重建風俗習慣、傳統、儀式...對協助倖存者處理災難衝擊是重要的」。從 921 大震與莫拉克風災中，在地信仰與宗教志工團體迅速融入受災社群，發揮明顯心理安撫作用，即已凸顯文化與創傷的密切關連。綜上，災後的心理衛生介入，應尊重受災者的文化與信仰，並省思如何將文化議題彈性巧妙地納進介入措施。

2007 年此災難創傷會議的結論，已刊登在當年度「*Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*」70 期 4 卷「Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence」（大型創傷即期與中期介入的五項基本要素：實徵證據）一文中，並且列出上述原則與作法的一覽表。在承蒙通訊作者 S. E. Hobfoll 授權（*personal communication*, Aug 20, 2009）同意下，筆者群將此表譯為中文（見 p.3-8），期能提供有緣閱讀者，共同思索在這場世紀巨災後，如何戮力一心協助受災民眾的復原之途更為順遂，而不致步履蹣跚，迢迢不知盡頭。

〔註〕依先前述及心理衛生介入需兼顧在地文化的命題，此處翻譯的歐美創傷學界共識原則，亦無法免於是否契合台灣在地文化的質疑。然而，筆者群翻譯此文，並非天真主張需逕行移植上述觀點，而是擬將其作為某種或可借鏡的磚瓦，期能「稍加衝撞」心理衛生領域或政府機關思索，在此次災害或未來類似事件時，政府組織的災後介入、安置、救濟、與重建措施、心理衛生界的階段性介入，以及媒體傳播，可否更細膩考量受災民眾的心理與文化特性？三者應如何在不同層次上系統合作，以營建一個適於受災者/受災社群復原與正向成長的環境？政府部門與公衛層級的集體層次介入，例如資源與就業機會的充分補給，協助受創的聚落再造既有的網絡體系，或提供相對安全的國有山林做為原住民聚落重建的土地，均具有重要的倫理與心理療癒意涵，若施行得當，甚有可能減輕未來整體產生身心疾病、失能甚至輕生的比例。身為心理衛生專業人員，我們的凝視不應僅止於個人，也要試著望見個人背後無形的關係體系，從家人朋友，擴展至族人、社區、與土地。每一個聯繫的斷裂，都可能加重創傷療癒與失落哀悼的不易。基於此，宜審慎尊重與支持受災民眾倖存的社會連結，鼓勵倖存聚落或社群的連結重建，方能提供重建復育的土壤。

## 原則一：安全 (Safety)

### 公衛措施

- 盡量將民眾帶至安全場所<sup>1</sup>，清楚說明此地的安全性
- 提供正確組織化的訊息，協助降低威脅感，增進對安全的知覺，了解目前並無嚴重威脅
- 通知與教育媒體，若新聞報導能計畫性地傳達安全與復原力而非威脅逼近的訊息，可以提升社區的安全知覺
- 鼓勵民眾限制接觸新的媒體報導，如果某些媒體報導所含的影像與畫面，讓人看了更加不適，避免觀看它們
- 如果某位民眾因談論創傷而更為焦慮或憂鬱，建議限制談論這類議題的時間
- 教導民眾在戰爭或恐怖攻擊事件中，如何區分政治宣傳與比較實際的威脅訊息
- 教導雙親需留意監看與限制兒童對新聞的接觸

### 個人/團體措施

- 進行想像式暴露<sup>2</sup>與實境暴露<sup>3</sup>：
  - 阻斷創傷後的刺激類化，亦即將無害的影像、人、事物和創傷相關的危險刺激連結的歷程
  - 將這些無害的影像、人、事件與安全重新連結（如「這座崩塌的橋讓人感覺威脅，但並不是所有的橋都如此」）（「那一晚不安全，但並不是每個夜晚都不安全」）
- 使用「安心穩步」(grounding) 技術<sup>4</sup>，例如真實提醒物 (reality reminder)，將個人帶回相對安全的目前時空
- 教導個人在面對創傷與失落喚起物時，能夠進行「脈絡區辨」(contextual discrimination)<sup>5</sup>
- 協助培養較適應性的認知與因應技巧
- 當對象為兒童時，除了上述成分，另一治療目標是逆轉他們在危險跡象區辨能力上的退化。

<sup>1</sup> 所謂的**安全**是相對性的概念，即使在災區、戰區等並非完全安全的場所，提升安全程度便可協助個人的因應。促進安全在意義上等於重建防護罩，是災難身心復原的關鍵要素。

<sup>2,3</sup> CBT 的核心技術，許多嚴謹的療效研究指出，想像式暴露與實境暴露是有效治療急性壓力疾患與 PTSD 的主要成分，目前以 Foa 與 Rothbaum (1998) 針對 PTSD 的 CBT 治療最著名。

<sup>4</sup> 「**安心穩步**」技術：創傷促發刺激或記憶可能突然引發恐慌、瞬間影像重現 (flashback)、負向侵入念頭、解離、甚至暫時精神病症狀，此時可考量這類作法。簡而言之，透過重新與當前的環境連結，阻斷與過去的無意識連結，例如睜開眼睛、注意自己的呼吸、仔細注意外在的物理線索、感受身體與外界的連結等。具體作法的例子，可參見中文版心理急救手冊 (二版) 單元參：協助穩定。

<sup>5</sup> 「**脈絡區辨**」：能有效區辨創傷當時的刺激，以及目前面對的刺激 (亦即喚起物)。這項治療技巧有助於創傷記憶的細節化，進而減少重複經歷症狀。步驟上，首先訓練個體標認創傷侵入記憶、負向情緒、與身體反應相關的促發刺激 (trigger)。這需要仔細監控侵入症狀發生的場合與時刻，以及有關創傷提醒刺激的內涵訊息 (如某些物理刺激 [燈光、氣味、碰觸、動作]，雖然時間上與創傷相關，但欠缺明顯的語意關係)。一旦個體標認出這些促發刺激，詳細討論這些促發刺激現在的背景脈絡，與過去的背景脈絡 (與創傷事件相關) 兩者之間的相同與相異處，便能促進對創傷提醒物的脈絡區辨。例如：某位遭性侵犯的婦女表示，與丈夫從事性行為時很不舒服，即使那時她並未想起性侵犯一事。治療師仔細與其討論，加害者當時的行為與丈夫在性關係當時的行為後，發現有相當多感官上的相同處，例如：兩人碰觸某些部位的方式、都在夜晚、以及過程中都有說話。接著，治療師進一步討論相異處，特別著重兩人意圖與態度的差異。藉此，案主得以了解相同的感官線索，在這兩類脈絡中存在明顯歧異。為深入促進對這兩項事件的區辨，治療師教導她與丈夫從事性行為時，特別留意其中不同於性侵犯的元素，並且改變某些背景條件 (例如開燈)，以協助脈絡區辨 (Ehlers & Clark, 2000, p.341)。

## 原則二：鎮定平靜（Calming）

### 公衛措施

- 首先與最重要的是，實施能夠協助民眾直接解決擔憂的行動（如補助初期資源，減少後續資源流失）
- 提供親友是否平安的訊息，以及是否進一步的危險即將發生
- 提供大規模的社區外展，以及透過媒體、互動性網路、與電腦程式給予下列主題的心理衛教：
  - 災後反應資訊，以協助個體了解他們的反應是可以理解與預期的
  - 提供針對常見創傷後困難（如睡眠困擾、對創傷喚起物的反應、驚跳反應、事件引發的新懼怕）的焦慮管理技巧
  - 較嚴重失功能的跡象，以便於個體也不致輕忽他們的症狀，並且了解能夠到何處接受專業評估與治療
  - 對於輕微至中等焦慮困擾者，限制接觸媒體報導（如早、午、晚各接觸一次，但不在睡前觀看）
  - 對於情緒較嚴重者，可由親友獲知新訊息，如此可提供沒有影像與誇張語句的事實

### 不建議

- 為了安撫民眾與被救出的民眾，給予謊言與杜撰資訊，如此最終會破壞公信力，招致反效果

### 個人/團體措施

- 對處於嚴重激動、情緒明顯波動或極端麻木應的民眾，提供直接的焦慮管理策略，幫助他們達成自我掌控或平靜的狀態，例如：
  - 治療性的安心穩步技術（針對出現重複經歷症狀的民眾）
  - 呼吸再訓練
  - 深層肌肉放鬆
  - 壓力免疫訓練（stress inoculation training），包括：因應技巧、深層肌肉放鬆、呼吸控制、自我肯定、角色扮演、內隱仿效（covert modeling）、思考中斷，正向思考與自我對話
  - 瑜珈
  - 內觀治療（mindfulness）
  - 有助放鬆的意象與音樂
  - 處方藥物，如抗腎上腺性劑（anti-adrenergic agents）、抗憂鬱劑、一般抗焦慮劑
  - 合併焦慮管理、認知重建、與暴露的介入方式
  - 訓練聚焦問題的因應方式，協助個體將問題化約成小而可管控的單位。此有助於：
    - 增加控制感、促進希望
    - 提供小贏的機會，促進效能感
    - 減少民眾面對的真實問題
- 對壓力反應「常態化」（normalization），以減輕由壓力反應衍生的焦慮（如我快發瘋了、我有些地方不對勁、我必然是弱者）
- 從事與創傷無關，能夠促進正向情緒的振奮性活動（uplifting activities）：
  - 目的
    - 轉移內在創傷與後果佔據的注意力（針對並未處於極端苦惱的民眾）
    - 促進可預期性、常態性、控制感（對於外界，以及內在的認知與情緒）
    - 促進正向情緒，包括喜樂、幽默、興趣、滿足、與愛，並且有助於擴展個人的「思想-行動」庫，協助因應效能
    - 例子：與朋友共處、聆聽平靜的音樂、看電影、看喜劇、運動（同時可改善憂鬱與焦慮）

### 不建議

- 使用 Benzodiazapene 鎮靜劑，儘管可立即鎮靜，但可能提高有創傷症狀產生 PTSD 的機會（Gelpin et al., 1996）
- 創傷事件剛發生時，進行心理簡報（psychological debriefing）可能提高生理激發狀態
- 酒精可能導致濫用或其他酒精相關不良行為

## 原則三：自我與集體效能 (Self- & Collective Efficacy) <sup>1</sup>

公衛措施	個人/團體措施
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 提供人們外界資源，逆轉喪失循環 (loss cycle)，藉此賦予民眾權能感，並修復尊嚴。</li> <li>● 創造管理與協調人們個人與環境資源的方式</li> <li>● 盡可能讓受創者參與政策決定，貢獻心力(例如鎖定目前需求)，以重建自我與集體效能</li> <li>● 推動由社區構想與執行的活動，有助於提升社區效能感，例如：               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 宗教活動</li> <li>○ 會議</li> <li>○ 群眾集會</li> <li>○ 與在地療癒者合作</li> <li>○ 集體的療癒與哀悼儀式</li> </ul> </li> <li>● 促成「權能社區」(competent communities)：               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 促進民眾的福祉感</li> <li>○ 提供安全感</li> <li>○ 可提供重建與恢復秩序的物資</li> <li>○ 分享對未來的希望</li> <li>○ 對家庭提供支持，家庭通常是災後心理健康照護的主要提供者</li> <li>○ 增進對他人能夠並且願意提供支持的知覺，可以：                   <ul style="list-style-type: none"> <li>→ 減緩自身脆弱性的知覺</li> <li>→ 鼓勵個人投入那些可能知覺有風險的適應性活動</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>● 與鄉村發展及職業技巧訓練行動合作：               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 幫助本地民眾增進生存能力</li> <li>○ 增加復原力與生活品質</li> <li>○ 藉由灌注希望，以及協助倖存者獲得控制與掌控感，防止心理困擾惡化</li> </ul> </li> <li>● 對兒童與青少年：               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 家長與社區需留意過度保護兒童的危險，此可能妨礙其發展自我效能</li> <li>○ 將他們納入社區重建的行列之中</li> <li>○ 協助重建學校社區，以增進：                   <ul style="list-style-type: none"> <li>→ 恢復學習機會</li> <li>→ 參與適合其年紀，由成人指導的紀念儀式</li> <li>→ 學校發起的幫助社會活動(由習得無助轉為習得有助性)</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 個別與團體實施的認知行為治療，應該：               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 提醒人們本身的效能<sup>2</sup></li> <li>○ 鼓勵人們採取主動因應，以及對何時與如何因應的良好判斷</li> <li>○ 增進對壓力源的控制感</li> <li>○ 幫助個人「重新校準」先前在「正常環境」下形成的期待與目標</li> <li>○ 根據目標區域的社會文化生態轉變介入方式</li> </ul> </li> <li>● 培養個人的行為功能與技巧(此為自我效能信念的基礎)，並在困難度漸增的情境中持續練習。而透過累積成功經驗，將會建立真實合理的效能評估</li> <li>● 教導個人設定可達成的目標，使其能夠：               <ul style="list-style-type: none"> <li>→ 反轉挫折感與無能因應的負向螺旋</li> <li>→ 擁有持續的成功經驗</li> <li>→ 重新建立對環境的控制感，這是能成功由災難復原的必要條件</li> </ul> </li> <li>● 對孩童與青少年：               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 標定處理發展上的干擾中斷</li> <li>○ 提升正常與適應的發展前進</li> <li>○ 教導面對創傷喚醒物時的情緒調控技巧</li> <li>○ 增進關於災後逆境的問題解決技巧</li> </ul> </li> </ul>

<sup>1</sup> 自我效能無法真空發生，而需透過夥伴一同合作、參與、與解決大型困難，這往往非單一個體力量所能企及。與自我效能知覺緊密相扣的概念，即為集體效能。

<sup>2</sup> 我們必須謹記，多數受災民眾在災難或大規模創傷之前都過著正常生活。因此，災難後介入的任務可能比較是提醒與喚起他們既有的效能，較非建立先前不存在的效能 (Hobfoll et al., 2007, p.293)。

## 原則四：連結（Connectedness）

公衛措施	個人/團體措施
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 協助個體指認出其所愛的人，並與他（們）取得聯結</li> <li>● 協助兒童與其父母或主要照顧者重新取得聯結</li> <li>● 提升受創者與其社會支持系統之間支持性交流的品質、量、以及頻率</li> <li>● 將民眾的臨時居所與協助站視為村落/小型社區來營造<sup>1</sup>，可以包括下列地方：               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 社區/村議會</li> <li>○ 新成員歡迎委員會</li> <li>○ 教堂</li> <li>○ 可提供服務的地方</li> <li>○ 聚會場地</li> <li>○ 娛樂</li> <li>○ 運動場地</li> <li>○ 休閒活動</li> <li>○ 受監督的青少年聚會場所</li> <li>○ 宗教-學校-社區的互動網絡</li> <li>○ 顧問服務</li> <li>○ 社區團結活動</li> <li>○ 使居民能融入與其文化傳統和文化活動相符的社會角色</li> </ul> </li> <li>● 在設計介入方案時，盡可能地處理潛存的負面社會影響（例如：不信任、內/外團體動力、對復原的不耐、疲憊等）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 辨識與協助缺乏堅實支持的人、可能在社交上較孤立的人、以及處在可能提供傷害性訊息（如責備、輕視）的支持系統中的人<sup>2</sup></li> <li>● 針對撤離、家園及鄰里毀壞、或欠缺社會支持的情形，優先目標是：               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 讓個體之間相互連結</li> <li>○ 教導個體如何獲取支持</li> <li>○ 提供正式的支持</li> </ul> </li> <li>● 透過心理衛教和技巧建立，改善社會支持，包括：               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 增進有關特定類型社會支持的知識，例如：                   <ul style="list-style-type: none"> <li>→ 情感親密（emotional closeness）</li> <li>→ 社會連結</li> <li>→ 被需要感</li> <li>→ 自我價值再確認</li> <li>→ 可信賴的同盟</li> <li>→ 建議</li> <li>→ 勞力協助</li> <li>→ 物資的支援</li> </ul> </li> <li>○ 標認這些支持的可能來源</li> <li>○ 學習如何適當地接受支持</li> </ul> </li> <li>● 若對象為家庭，採用某些技巧來處理家庭成員之間，由於下列兩類差異產生的衝突：               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 創傷種類、暴露強度、損失、和後續負面影響程度的差異</li> <li>○ 成員面對創傷及失落提醒物（loss reminders）的個人反應差異</li> </ul> </li> </ul>

<sup>1</sup> 透過此項安排，可以促進受災者的個人與集體效能，並且亦能夠保留原有的社會結構，此有助於保存村落/社區完整性，以及既有的規則、秩序、與社會監督（即律法規定）。

<sup>2</sup> 需留意，支持來源的實際作法可能偏向傷害性而非支持性，此特別具有破壞效果。負向社會支持（如輕視對方問題或需求、對復原的不實期待、不認同的訊息）與長期創傷後困擾有明顯相關（Hobfoll et al., 2007, p.297）。

## 原則五：希望（Hope）

### 公衛措施

- 提供個人服務，協助其生活回歸正常，例如：
  - 住所
  - 工作
  - 重新安置
  - 家用品的替代物
  - 清理與重建
  - 保險賠償支付
- 發展宣導計畫，以協助受害者處理災後艱困工作涉及的繁文縟節與複雜過程
- 支持重建在地經濟，讓個體恢復日常就業，防止持續的資源損失循環
- 媒體、學校與大學，以及既有的社區領導單位（如廟宇、教堂、社區中心）應協助個體：
  - 與資源連結
  - 建立系統，以便於讓由相同創傷復原的人能和復原艱難者分享他們的經驗與希望
  - 紀念與賦予意義
  - 接納他們的生活與環境已經改變
  - 做出較正確的風險評估
  - 減少自責
  - 問題解決
  - 制訂正向目標
- 建立受災者作為個人與社區所具有的力量

### 個人/團體措施

- 實施認知行為治療，以便於：
  - ◆ 減少個人責任放大，對抗失功能的認知基模，例如災難化/悲慘化，以及問題來自內在穩定特質的信念
  - ◆ 標認、擴展、與專注在建立力量<sup>1</sup>
  - ◆ 對反應常態化
  - ◆ 指出多數人會自然復原
  - ◆ 凸顯個人已經展現的力量與由創傷發現的利益（benefit-finding），而不促進個人去發現尚未準備去理解的利益<sup>2</sup>。
  - ◆ 納入引導式自我對話，以便於：
    - 想像實際但具挑戰性，甚至困難的結果<sup>3</sup>
    - 標認非理性懼怕，予以認知重構
    - 管理極端的迴避行為
    - 控制自我挫敗的自我陳述
    - 鼓勵正向因應行為
- 對兒童青少年實施的認知行為治療：
  - ◆ 在症狀反應之外，處理創傷衍生的持續期待
  - ◆ 納入向前眺望（forward-looking）的練習，促進發展上前進，以注入希望以及對學習與未來計畫的新動機。

<sup>1</sup> 習得樂觀與正向心理學模式（The Learned Optimism and Positive Psychology Model）：對於處於風險的個體，以標認、擴展、與專注在建立力量作為目標（Seligman, Steen, Park, & Peterson, 2005）。Seligman 等人提煉可用於建立力量與預防的治療成分，聚焦在提升希望，駁斥會損害希望的災難化與誇大思考。

<sup>2</sup> 利益發現（benefit-finding）似乎是人面對威脅事件的常見歷程。然而，需留意促進個人發現創傷利益的負面效果。即使善意鼓勵受災者發現利益，也常不受歡迎，因為此似乎輕忽了他們的負荷與必須克服的挑戰。此外，某些研究顯示利益發現與較嚴重的 PTSD 有關。因此，建議介入時凸顯個人已經展現的力量與由創傷發現的利益（benefit-finding），而不促進個人去發現尚未準備去理解的利益

<sup>3</sup> 矛盾地是，相較於想像誇大的災難化後果，想像實際但具挑戰性甚至困難的結果，可能會減輕個人的苦惱。例如，承認個人的家園需要幾個月重建，可能是必須接受的；但是宣稱「我將永遠不再有家園」是不適應的。因此，在介入時應該表明，雖然災難化/悲慘化（catastrophizing）是自然的，但是應該辨識這類信念，並且以較具事實基礎的想法來對抗（Hobfoll et al., 2007, p.300）。

## 參考文獻

- 陳淑惠、蘇逸人、周嘉瑛、潘元健、曾紫玲、陳勁秀、許怡新 (2006)。心理急救操作手冊 (譯)。台大心理系，台北市。〔譯自 National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD. *The Psychological First Aid Field Operations Guide*, September, 2005.〕。
- 陳淑惠、龔怡文、潘元健、劉于涵 (2007)。心理急救操作手冊第二版 (譯)。台大心理系，台北市。〔譯自 National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD. *The Psychological First Aid Field Operations Guide, second Edition*, July, 2006.〕。
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive behavior therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Gelpin, E., Bonne, O. B., Peri, T., Brandes, D., & Shalev, A. Y. (1996). Treatment of recent trauma survivors with benzodiazepines: A prospective study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57(9), 390-394.
- Hobfall, S. E., Watson, P., Bell, C. C. *et al.* (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 70, 283-315.
- National Child Traumatic Stress Network and the National Center for PTSD (2006). *The Psychological First Aid Field Operations Guide*, second edition. Retrieved from: <http://www.ncptsd.va.gov/pfa/PFA.html> on January, 2007.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of post-traumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-73.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Watson, P. J. (2008). Psychological first aid. In M. Blumenfield & R. J. Ursano, (eds.) *Intervention and resilience after mass trauma* (pp.69-84). Cambridge: Cambridge University Press.